

第9回地域福祉推進のための講演会

1 概要

- (1) 日 時 平成26年9月13日(土) 午後1時30分から午後3時30分まで
- (2) 場 所 長久手市福祉の家 2階 集会室
- (3) 内 容
 - ・第1部 計画の目的と見どころについて
講師 佐野 治策定委員会委員長
 - ・第2部 長久手市の目指す福祉とは…
対談 厚生労働省保険局長 唐澤 剛氏 長久手市長 吉田 一平氏
コーディネーター：佐野 治氏(策定委員会委員長)
 - ・第3部 私たちができること 今日から私も「見守りサポーター」
講話「これからの社協について」
講師 長久手市社会福祉協議会会長 加藤 勝
「見守りサポーターながくて(初級)」
 - ・懇親会
- (4) 参加者 160名

2 第1部 計画の目的と見どころについて

策定委員会委員長 佐野 治氏(東北公益文科大学准教授)

みなさんこんにちは。簡単に地域福祉計画・地域福祉活動計画の説明をさせていただきます。まず、地域福祉計画・地域福祉活動計画の表紙にあります基本理念の「気づき、つながり、届き、支え合う、たつせがあるまち、ながくて」は国の地域包括ケアシステム(子どもから高齢者までを地域で支える仕組み)を念頭において考えられています。市の地域福祉計画は地域福祉の設計図であり、社会福祉協議会の地域福祉活動計画では地域福祉の実践活動となります。そして、この活動計画の目玉が小学校区ごとに地区社協(地区社会福祉協議会)及びCSW(コミュニティー・ソーシャル・ワーカー)を設置することです。地区社協は通常中学校区ごとに設置され、小学校区ごとに設置する自治体は全国的にはあまり見受けられません。そして小学校区ごとに地区社協が設置されると、そこにCSWが配置されます。CSWとは地域で動く身近な相談員のことです。従来、制度や年齢で分けられていた相談分野をCSWは地域で解決します。つまり、制度や年齢の枠を越えて地域住民に寄り添うwith youな相談員です。実際に相談員はあらゆる課題や問題を解決します。対応する課題について後ほど説明します。

地域福祉とはなんでしょうか。高齢者に限らず認知症・寝たきり等のような状態になっても、その方が自分らしく地域の中で暮らすことができる地域を目指すことです。安心して認知症になれるそんな地域を目指しています。そのようなときに必要なのが地域の方の力、お互いに助け合うことです。では、助け合うためにどうしたら良いのでしょうか。それは、お互いが助け合いをどのようにとらえるかです。つまりお互いの助け合いが薄い社会でどのように助け合うか。そこで1つご紹介します。ロシアの生物

学者のクロボトキン「助け合いは人間の本能である」と言っています。たとえば、食事をするこのように助け合うということです。

私たちは約3年前に東日本大震災を経験しました。私は震災後の支援活動に関わらせて貰いました。そこでは助け合いの本能が発揮されているのを非常に実感しました。そこで1つの事例を紹介します。地震が起こった時、1日から2日間、また長い方で4日間は被災した場所の近辺で生活されていました。その後避難所へ移り、仮設住宅、復興住宅へと移りました。私が話を聞いた方で印象的な言葉があります。独居で復興住宅に入った方が「一人ではさびしくて仕方がない。」と言っていました。つまり仮設住宅の時の方がみんなで助け合っていたので良かったと言っていたのです。復興住宅に入ったことで生活は安定しましたが、そのことよりも瓦礫を火にくべて食料を探した時が良かった、と話をされていました。復興住宅で生活していた時のことよりも仮設住宅で一人一人が食料を探し、ある人は山へ行って水をくむ、そんな時の話をされていました。長久手市で「たつせがある」という言葉がありますが、まさに皆に役割があり「たつせがある」状態だったのです。冷蔵庫から野菜を探し、それをみんなで煮炊きました。自分の行動が役にたっている。そういう時の話をずっとしてくれました。決して、復興住宅で衣食住がすべてそろった時の話ではなかったのです。私は話を聞いていて、クロボトキンが云っていた相互扶助、助け合いは本能であり、それが発揮された時はいきいきとして、人間らしくなるのではないかなと強く感じたところです。

災害時にはそのような事でしたが日常生活ではどうでしょうか。日常においてはそのような状況を再現しようとすると難しいです。そこで私たちの地区社協（地区社会福祉協議会）が助け合いのひとつの役割になってきます。お互い助け合いましょうという声を掛けてもなかなか乗ってこないのですが、関心のある分野については興味を持って貰えます。こういう言葉があります、「人はその人の関心分野に合わせて物事が見えてきて意識が変わる。」そのような意味で、関心・得意・好きな事はみなさん違いますが、関心のあることについては非常に見えています。その中でも特に認知症の介護をされている方は、認知症の事あるいは介護の事に関しては非常に関心を持って貰っています。もしそのような方に適切なサポートが行き届けば、サポートして頂いたという関心ができます。そのような方はもともと様々な問題を持っている中で、自分がつらい思いをされたということが非常に力になっています。さらに問題を発見する力も持っており、サポートする人の気持ち、痛みが分かる方ですので、地域の中では非常に重要な方となります。そのような方を結集するのが地区社協です。そして地区社協の中に、そのような方を集め、結集する人がCSWという相談員です。私は前代未聞だと思いますが、長久手では驚くべきことに小学校区ごとに地区社協を設置して、そこへ地域の相談員を一人ずつ置きます。これは全国的にも珍しいことです。その第一号が、今立っている長久手市社会福祉協議会の加藤昭宏さんです（CSW立って挨拶）。現在、地域の中で動いてくれています。CSWの役割は地域の中でサポートを受けて良かったという方に力になって貰うことです。地域の問題や課題を発見する有力な力を持った方ですので、適切なサポートをすることで、自身がサポートされたという事を非常に実感して貰えます。このような事も地区社協の中で結集して、地域の相談員であるCSWを中心とした方が力を集めていきます。また、地域の中には様々な専門施設があります。例えば、子どもの事なら市役所、高齢者なら地域包括支援センター、相談支援センターの方と一緒に動きます。そのなかで1つの特別な人との関わりで、地域の中で苦勞されている、問題のある方を発見する力のある人を見つけて力になって貰います。CSWと一緒に力を発揮してもらい、結集して行きます。最終的にはさまざまな体験をしたという方をCSWが発見し

て、地域の力に合わせて結集して貰えればと思います。計画書概要版の基本目標では、すべて最初に「気づき」が挙げられています。制度では高齢者は65歳以上、子どものことは児童福祉と分野で分けられています。ところが実際に問題となっているのは制度が適用されない制度の狭間・谷間の方です。福祉は申請主義ですので、手を上げないと福祉は関わることができません。ただ、今後は申請主義では成り立っていきません。声なき声という言葉があります。言おうと思っても声を上げられない、問題を持っていても気づかれない、そのような方に対して、地区社協あるいはCSWが働きかけを行っていきます。どのように働きかけるかという、一番大きな働きかけが訪問支援です。地域の中で困っている方、声を上げられない方がいたら、困っている人の近隣の方は気づいているかもしれません。地区社協は小学校区単位で訪問支援をしながら制度に入らない、年齢で区切られている、あるいは疾患別になっている、そのような事を越えて地域を単位としてそのような声を拾っていきます。そして、さまざまな声を拾いながらサポートしていく、そして専門職につないでいきます。専門職につなぎながら背景にある認知症に詳しい方などを見つけて、結集して、地区社協へ持ってきて、そこを調整して、その方がその人らしく、地域の中でいつまでも元気に、24時間365日、30分以内に駆けつけることが、国の目指す地域包括ケアシステムです。そのような形で、すべての問題に対して動ける地区社協であり、またCSWという相談員が調整を図ります。ですので、相談員あるいは地区社協に声を掛けていただいて、小さなことでも、どんなことでも、年齢・制度も超えていきますので、相談していただきたいと思います。そして、それが1つのワンストップの窓口になります。小学校区単位で、制度ではなく申請主義でもない、声を出したくても出せない方に働きかけるのが地区社協であり、その中に置かれたのが地域の相談員であるCSWです。全国的にも珍しい長久手市の地域福祉計画あるいはその活動である地域福祉活動計画という風にお伝えしたい、力を大にして伝えます。ですから従来の社協からの大きな改革だと思っています。そのくらい大きな改革が実は長久手市で進んでいます。以上で地域福祉計画・地域福祉活動計画の説明を終わらせて頂きたいと思います。どうもありがとうございました。

3 第2部 長久手市の目指す福祉とは…

対談：厚生労働省保険局長 唐澤 剛氏

長久手市長 吉田 一平氏

コーディネーター：佐野 治氏（策定委員会委員長）

コーディネーター：佐野 治氏

早速ですが、「長久手市の目指す福祉とは」ということで対談を行いたいと思います。対談者の紹介をさせていただきます。厚生労働省保険局長 唐澤剛さんと長久手市長 吉田一平さんです。まず初めに市長から唐澤局長に来ていただいた経緯、人柄と長久手市の福祉についてお話下さい。

長久手市長 吉田 一平氏

みなさんどうも。ようこそ。唐澤局長には国や市が進める地域包括ケアシステムの説明をして頂くためにお越し頂きました。包括ケアという難しい言葉だと思いますが、それぞれの分野、役所でいうと担当課・事業所にかけて専門分野で専門化、分業化して調整していく、つまり包括的に色々なことを一緒にやっていく新しい時代が来たのではないかということです。市役所職員にも言っていますが、人口は減少していきます。900位の町は消滅する時代が来て、人口は9000万人位になると言われています。その時、今までと正反対の価値観の全く新しい時代が来ると思っています。そのような中で新しい町の形を描いています。

1つ目は長久手市民5万人と市役所職員400人がどうやって一緒になって仕事をするかという事。2つ目が面積20km²のこの町を小学校区毎に6つに分けて、顔の見える範囲の中でお互いに顔を見て力を合せられるようにする事。3つ目が先ほど言った包括、色々なことを一緒にやる事。これまでは同じ仕事でも、これはたつせがある課、これは福祉課、これは社会福祉協議会と分けてやっていた。これを分けずに包括する、つまり一緒にやっていった方が良いのです。4つ目が資料のとおり、専門家から地域住民主体に移す事。これまでの専門家主体の仕事では、法律で決まっておられないと言うこともあった。そこで、今後は非効率で時間がかかるが住民主体でやっていかなければならない。

別添の資料に支え合いシートがあります。例えば、診察に行ってさみしい、電球が切れていると言うと、医者が自分に関係ないことも聞き、支え合いシートに記入してくれる。そのようなことが包括。それから、その支え合いシートを地域に持って帰り、住民の力で解決します。

11月には徘徊高齢者創作模擬訓練を行います。ちょっと声を掛けるのが大事です。また、今後支え合いマップ作りを行いますので、参加して下さい。地域福祉計画・地域福祉活動計画概要版の一番後ろに「みなさんは「助けられ上手」ですか？」という質問が載っています。この価値観に変わるものを持たないと、2050年に助からない。そのように考えて欲しい。地域包括ケアシステムとは単なる医療・介護・福祉の問題ではなく、まちづくり、自分のあり方、暮らし方すべてをひっくるめた事だと思います。それでは唐澤局長の話聞いて、新しい形の新しい暮らし方を考えて頂けたらと思います。

コーディネーター：佐野 治氏

ありがとうございました。唐澤局長には地域包括ケアの視点について、国の政策と動向について伺いたいと思います。

厚生労働省保険局長 唐澤 剛氏

みなさんこんにちは。今日は地域包括ケアの話をして頂きます。超少子高齢化社会を乗り切る方法は地域包括ケアシステム以外にないというタイトルです。地域包括ケアシステムとは簡単にいうと、大きくくりを考えて、楽しくみんなで取り組んで、そしてみんな仲間になる。簡単そうですね、でも目指していることは意外と難しい。

(スライド2枚目) まず、日本の人口はすごく高齢化しています。特に埼玉県、東京、それから愛知県なども高齢化しています。なぜ人口が減るのか、日本の人口には2つの波があります。1つは全国に1000万人位いる団塊の世代、次に大きいのは団塊ジュニアです。2025年には団塊の世代が75歳になります。それから25年経つと団塊ジュニアの世代が75歳になります。なので、2025年から2050年の間は日本の高齢化は厳しい。ただし、地域によって規模が違ってきます。日本創成会議の増田推計では2040年から50年になると日本の自治体の半分は消滅してしまうかもしれないと言われています。厚生労働省の推計とは違って、増田推計では地方から都市圏への流入が止まらないとしています。実は東京23区でも消滅する自治体があるといわれています。それは豊島区です。豊島区では若い女性がそれまで流出していました。しかし、最近は女性も移り住んでいます、このように東京都23区でも消滅すると言われています。いずれにしても高齢化のインパクトはすごいのです。

(スライド4枚目) このスライドは亡くなる場所についてです。昔はほとんど自宅で亡くなっている訳ですが、昭和40年代後半頃に病院と逆転しました。今は病院がちょっと下がっていますが、在宅医療・在宅療養などが増えたことによる効果です。また、少しですが施設で亡くなる方が増えてきています。しかし、まだ78%は病院です。大変なのです。今は年間で亡くなる方が120万人ですが、ピークは160万人・170万人になります。つまり、40・50万人増えると、病院の患者さんが増えます。その内の2割は自宅だとしても8割は病院に入院します。そうすると、30万人以上の入院のベッドが必要ですが、そんなものはないのです。だから、病院で全員の方をみることは難しいのです。だから、それだった自宅でみられるようにすべきじゃないでしょうか。

(スライド4枚目) それで次の地域包括ケアシステムという役割があります。介護が必要になっても住み慣れた地域でその人らしい自立した生活を送ることができるよう医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的・継続的に提供するシステムです。(スライド7枚目) 地域包括ケアも案外変わっています。スライド7枚目の図の右側が地域包括ケア、左側が医療です。地域包括ケアは医療とは別で、慢性医療、介護のことでした。急性期も地域包括ケアの重要な一部です。真ん中に地域包括支援センターがあります。地域包括ケアは地域包括支援センターが仕事をしないといけません。これは大変です。今でも介護予防やケアプランの作成があり、忙しくとても手が回りません。さらに問題があります。ここ(スライド7枚目図左下)に小さいお医者さんがいます。この先生が下を向いています。これを直そうとわたし指摘しました。(スライド8枚目) これが次の年になりますと、平成24年です。これもまだ縦割りで、左と右に分かれているのですが、たとえばこれ(スライド8枚目図右側)は住まいが中心になっています。やはり生活する人が中心になったということです。さきほどは役所の人が真ん中でした。(スライド9枚目) さらに平成25年になるとひとつになるのですね。ここ(スライド9枚目図左真ん中)に救急車があります。急性期医療も地域包括ケアの一部だという証拠です。(スライド11枚目) これは非常に細かいので、後で皆さん見ておいてください。これは地域包括ケアを考えるうえで私が整理したものです。

(スライド1 2枚目) 地域と各人の物語に根ざしたケアを提供すること、これが大事です。それから利用者の視点から医療・介護サービスが一体的に利用できる、こういうことが大事なのです。(スライド1 3枚目) それを私なりに解釈するとですね。まず地域、これは **Community-Based**、地域というのは単に場所ではなく、人のつながりがあること。ただそこに住んでいれば良い訳ではない。だから外から植えつけたサービスでは上手くいかず、地域から生えてきたサービス、そういうものが必要ではないかと私は思います。それから、物語 (**Narrative-Based**) それぞれのその人らしい人生を尊重する。いままで散々飲んできた人に飲むのをやめなさいって言わなくて良いじゃないですか。だから私は一人一人に寄り添うことが大事だと思います。何故かという、一人一人に寄り添って行きますと、それぞれの変化があるのですよ。役所から見るとこれはだめですよって当てはめちゃう。吉田市長の話にもありましたが当てはめちゃダメなのです。一人一人に寄り添うこと。20世紀は大量生産、遠いところに早くでしたが、21世紀は一人一人に寄り添い、そして近くにあること、ゆっくりすること。それから、包括。一体的に使えることです。

(スライド1 4枚目) 急性期医療は地域包括ケアの重要な一部です。今の若い医者、ナースは急性期の終わった患者さんがどうなっているかを見たことがありません。昔は入院期間が90日くらいありました。今では14日、長くても3週間。手術した後のことを考えないといけないのです。急性期の先生と療養の先生の連携が先にできているのが包括ケアシステムです。

(スライド1 6枚目) 日本の医療システムの特徴として、国民はだれでも保険に入れます。自分の好きな病院に入れるのが、フリーアクセスです。日本は民間の病院が多いです。アメリカでは保険に入っていない人が600万人います。保険に入っていないとどうなるか。それは簡単です。お医者さんに行けません。日本では盲腸手術をすると30~40万円かかります。アメリカに行くと150万円です。私の知り合いの中小企業の社長さんがアメリカに行って病気になった。入院をしないとイケない。そうしたらアメリカの病院は医長が出てきて「あなたは心配ない」、次に婦長さんがでてきて「私たちは最高の医療を提供する」、最後に事務長さんが出てきて「あなたはどこのクレジットカードを持っているのだ」と言った。実は最後のことを聞いたかったけど、形が良くないから先にお医者さんが聞いたという話です。でも、クレジットカードを持っていないと入院できないのですよ。本当なのです。それから、イギリスではどの先生に診てもらおうかが決まっています。いきなり病院には行けないのです。全額自費になります。それで、イギリスの開業医の先生はご家族をまとめてよく見ているから知っているけど、基本的にはできないことがある。知り合いの先生が30年前にイギリスへどんな医療機器があるのか見に行ったのです。そうしたら、診療所には聴診器のみ。本当ですよ。さすがにそれはぞんざいだということで、その当時はサッチャー首相だったがブレア首相になって変わりました。聴診器だけだったけど今度行ったら血圧計があった。笑っているけど本当です。日本はどこにいてもレントゲンがある、心電図がある、CTもある。診療所でCTがあるなんて日本だけです。みなさん幸せなのです。日本の今の医療制度、好きなところに行ってすぐ検査してもらえるなんて世界中どこにもないですよ。これ空気みたいに思っているけどこれは大事にしていく必要がある、大事なことなのです。(スライド1 5枚目) それで日本はフリーアクセスですから、好きなところ入院できるという制度です。これは好きなところ入院できる事が良いわけじゃない。入院は救急で運ばれて来ても、その次に病院が決まってリハビリや治療が継続でき、安定期に入っても必要な医療を受けられる。さらに一時的に具合が悪くてもまた医療を受けられる。こういう仕組みができていることが大切です。今後はこれを作らないと医療難民、

介護難民が出てきてしまう。ある政治家の先生が街頭で医療難民、介護難民をどうするのですか、これからどこで見て貰うのですか、って言ったのです。誰も居なかったのに家の中から出てきて拍手してくれた。時代ですよ、時代。だからこれから地域包括ケアが大事なのです。

(スライド17枚目) 医療保険受診日数の推移です。医科外来が18億7000万日、2000年の事です。18億7000万日で人口が1億2000万人居るので医科外来は1年間に一人当たり15日利用しています。ちなみにヨーロッパの国は7日しかないのです。ところがこの医科外来の日数は平成25年で16億8000万日、つまり平成12年から1億9000万人減っているのです。色々な理由が考えられるのですが、よく言われているのは投薬日数の制限がなくなったので薬が出る外来に行かなくなったという事です。介護保険が出来てデイサービスに行くので外来に行かない。でも、それだけではありません。私は日本の外来の需要はピークになったと思います。70歳から75歳の人が1日に何回も病院を回るために何が必要か分かりますか。身体が丈夫じゃないといけない。それで80過ぎると沢山外来に行けないのですよ。入院する人が増えるからです。入院の人をどうしていくかが問題で、外来の人は減っていきます。ただ問題として、外来は減っていくのだけど外来にかかりにくい人が増えていきます。家にいる要介護5の旦那さんを見ている要介護1の奥さん、奥さんは旦那さんをほったらかしにしたまま外来には行けないです。自分で車も運転できない。外来の数だけは減ります。来ることができる人は減るけれど、来にくい人は増える。これをどうするかも考えないといけません。

(スライド20枚目) それで、最後にですね。地域包括ケアで最も大事なことは、顔の見える関係ということです。みんなよく知っているということ、それができれば地域包括ケアはできたのも同然です。そして、顔の見える関係には医師のリーダーシップと責任が重要です。信頼の基盤により安心して次のサービスに移行できます。(スライド21枚目) 次に顔の見える関係のために、みんなで集まって月に1・2回楽しい研修会を行います。みんなが参加できる円形テーブルの議論であり講義形式ではだめです。また、自由な意見の発表と交換ができないとだめですね。それだけじゃないです、時々飲み会をすること。これが大事です。それから市民の皆さんと交流イベント。結構人気あるのが風船バレー大会。そして一番大事なのはこれです。医師のリーダーシップと懐かさです。簡単に言うとお医者さんが威張らないこと。介護の関係の人、ケアマネジャーが医療の勉強をして医師に意見できるようにならないとだめと言われているけれど、これが難しい。先生に意見しても、医者が「何も知らないのに君失礼だね」と言ってしまうとおしまい。顔の見える関係は生まれません。医者が懐深くして、自由に意見をいって良いよということが大事。

(スライド23枚目) 地域包括ケアを考える視点として地域のビジョンですが、各地域の個性的な方法が必要です。(スライド25枚目) 再びですが、包括ケアとはサービスが連携する状態の事です。連携とは何か顔の見える関係、いろんな職種の人たちがいる地域における総合的なチーム医療介護、そんな状態であればみんな安心して暮らせます。安心して暮らせるとは次のサービスを付けられるという見通しが立つ事。厚労省は環境の整備は行ったが、地域包括ケアシステムはみなさんのマネジメントによって作られます。これをぜひお願いして私の発表を終わらせて頂きます。

コーディネーター：佐野 治氏

ありがとうございました。今回策定した長久手市の地域福祉計画および活動計画ですけれども、この取組がいかに関特徴的かということになるのですが、その際に唐澤局長から提言などありましたらお願いします。

厚生労働省保険局長 唐澤 剛氏

まずは吉田市長から一言頂きたいと思います

長久手市長 吉田 一平氏

私たちが作っていく地域福祉計画です。今日は愛知医大の局長、陶生病院の院長がお越しです、さらにうちの自治会長も来ていますので、一緒になって楽しく作っていく。あとは私たちがお互いにコミュニケーションを取って作っていく。お互いがちょっと声を掛け合い作って貰えたらと思います。

コーディネーター：佐野 治氏

私から少し、唐澤局長からお話頂いて、その中で物語とありました。一人一人に寄り添う **Narrative-Based** とありました。その方の人生ですね。その反対がエビデンス。例えば、お酒を飲むことが悪い、悪いことは悪い、医学的にはだめ。その人にとっての人生を尊重して、そのような関わり方をすることが大切になるのかなと思います。その中で一人一人寄り添う自分らしさ **Narrative**、単なる科学の世界ではなくということ、これからはそういう方向性で、というふうに変わらないといけないなと思いました。なにかありますか。

厚生労働省保険局長 唐澤 剛氏

いま、佐野先生から話を出して頂きました。特別養護老人ホーム・芦花ホームの石飛幸三先生が「「平穩死」の選択」という本を出しています。石飛先生の芦花ホームに入っている、もう食べられなくなったけど、毎日同じ方向を指さしている男性の方がいるのです。何を指さしているのだろうと、はじめはみんな分からなかったが、どうもあそこに置いてある缶ビールを指さしているのではないかということでした。その方は、現役時代すごくビールが好きだったのです。それで娘さんがビールを置いていった。もう食べられないのですよ。でも、どうも缶ビールを指さしているらしい、そこでその缶ビールを開けてみると、なんとみんな嘔下しちゃった。好きな物はみんな食べられるのですよ。だから一人一人のスタイルだと思いますね、それは特養だからできる。そういう事やって頂けたらなと思います。それからもうひとつ東近江市に三方よし研究会というのがあるのですね。ツイッターの情報なのですが、東近江市に丸山薬局の大石和美さんという方がいます。東近江市は合併したので、八日市という山の奥にある田園地域だったわけですね。それから合併して東近江市になった。だから診療所しかありません。下から時々先生が上がってきては、毎日ではなく診療します。そこに昔から一軒だけ薬局があるのです。そこに大石和美さんという薬剤師がいる。村に一軒しかない。もちろんお医者さんはいないし、お父さんが薬局をやっていて倒れちゃったから帰ってきたのです。それで庭の片付けしていたら、近所の人は娘が帰ってきて家を継ぐそうだって言うのです。それでそのままずっとそこでやっているのです。なんで薬剤師かということ、在宅医療などの先生が、「お薬ちゃんと飲んでますか」と聞きます。すると、飲

んでないのです。結構。だけど飲んでないって言えない。医者は飲んでないのに飲んでますって言われると、薬が効いてないって判断せざるを得ない。飲んでるか飲んでないかを確認してもらうのは大事な事。これは薬剤師の大事な仕事です。そこで薬局を継いでから単身で15年間やっている。ご家族と離れて薬局を継いでいる。そういう人もいます。長久手は長久手らしい地域包括ケアを作って頂きたい。そうしたら私はまた見に来ます。

コーディネーター：佐野 治氏
ありがとうございます。

長久手市長 吉田 一平氏

挨拶のあとにも言いましたけど、お医者さんが20k㎡の町に35件程あります。なおかつ訪問医療、介護、ステーション、リハビリからケアマネまで、この町はほとんど揃っています。併せて、一人のケースに対する情報をヘルパーさんやケアマネさん、役所が情報を全部電子データ上で連絡を取り合っておりますので、そういう意味では狭い町で殆どきちんとして来ています。あとは本当にしっかりと良い笑顔でやっていけば良い。それだけです。

コーディネーター：佐野 治氏

時間になりました。国の目指す福祉について説明して頂きましたけれども、折角ですので質問がありましたらどうぞ。

質問者1

こんにちは。長久手の町の福祉の方向性について教えて頂いてありがとうございました。包括ケアシステムのリーダーシップは、医者がとっているのか町がとっているのか、だれがとっているのか教えてください。

長久手市長 吉田 一平氏

それぞれお医者さんによって変わってしまいます。だから今ケアマネさんがそれぞれのお医者さんと一緒に話し合っ作っておられます。先ほど言ったヘルパーさんの情報提供もあって、作っておられますのでひとりで作っているものではないです。

質問者1

それと医療にかかって手術をして、リハビリが必要な時にどこが空いているかという連絡はだれに聞けば良いのでしょうか。

長久手市長 吉田 一平氏

ケアマネさんのところへお願いします。包括支援センターなどにはケアマネさんがいますので、そこで聞かれば大体どこに誰がというのは把握しております。

質問者 2

すごく良いお話聞かせてもらいました。資料の2ページ（スライド3枚目）の亡くなる場所についてのスライドを見て、約70%が病院で亡くなるということでびっくりしました。そして来年から始まり地域に降りてくる地域包括ケアシステム、これは住民が主体ということで、ボランティアでもっと手伝いましょうと言っておりますが本当にそれが可能だと思っておりますか。住民主体という、団塊の世代が今年から降りてくると言いますが、団塊の世代が本当にボランティアをやろうとしているのか。まだまだ、ある程度のお金は欲しいと思っている人の方が多いのではと思っております。ちょっと楽観的な見方ではないかと思っておりますので、そのあたりをお答えください。

厚生労働省保険局長 唐澤 剛氏

ありがとうございます。団塊の世代の方がどこまでやれるかは確かに大問題ですね。それで先ほどの亡くなる場所の話ですが、全員病院ではみられないというのは間違いのない事です。もうこれ以上病院は増えないのです。何故かというと、例えば看護師になる高校生、看護課程の高校生は5万人です。だけど高校卒業の女子学生は35万人、その一割は看護学生になっているのですよ。それで看護師にほとんどなれば良いじゃないかということ、全員はならないですね。若い女子学生が減っている中で、看護師を増やすというのは難しい問題です。それから看護師は、今150万人居ます。あと100万人を増やせというのは、かなり大変です。また病院を増やすことも大変で、病院の数は今のままです。やっぱり地域の中で亡くなるということでやっていくと思います。ただし、ご指摘のように全部が市役所では出来ません。例えば、最初に来れなくなるのはゴミ出しです。ゴミの分別ができない。これがうちの田舎では近所の人がやっていました。長久手でそういう事が上手くできるかがかなり大事です。同じように作って行って、考えていったらと思います。また何か良いご意見があったらよろしく願います。ありがとうございました。

コーディネーター：佐野 治氏

ありがとうございます。今、唐澤局長が仰ったことは長久手では地区社協が担当して行っています。Narrative-Basedという言葉がありましたけれども、包括ケアの仕組みをCSWが主導していくということでどうでしょうか。

厚生労働省保険局長 唐澤 剛氏

いやその通りだと思います。行政だとできません。

コーディネーター：佐野 治氏

ありがとうございました。時間になりましたのでこれで対談を終了させて頂きたいと思います。

4 第3部 私たちができること 今日から私も「見守りサポーター」

講話 これからの社協について

講座 見守りサポーターながくて（初級）

長久手市社会福祉協議会会長 加藤 勝氏

みなさんこんにちは。今日は「これからの社協について」ということで、堅苦しいタイトルですがよろしくお願ひします。今回、長久手市の地域福祉計画と社会福祉協議会の地域福祉活動計画の2つを合せて長久手市の地域福祉計画・地域福祉活動計画としました。では、社会福祉協議会とはなんでしょう。市内でも社会福祉協議会が何なのか分からない方が大半です。では、社会福祉協議会とはなんだろうということで説明します。社会福祉協議会が全国でどのくらいあるかということ、平成19年には全市町村1935カ所にあります。地域によって慣習などは違います。ですので、地域にあったことをどのように行うかということが社協の使命です。

振り返りますと、長久手市で社協が設置された昭和61年は社協というのは法令化されたばかりでした。当時、役場の職員1人が他の仕事と合わせて社協の事業を行っていました。そのときは赤い羽根共同募金、家庭奉仕員、今でいうヘルパーをやっていました。その後、法人化して役場から独立した法人として、あくまでも行政ではない民間の社会福祉法人としてこの組織ができました。当時、地域福祉の推進は事業として挙がっていませんでしたので、町の仕事をしていました。大きく動いたのは2000年（平成12年）です。このときは日本も社会福祉基礎構造改革によって大きく変わりました。その中で社会福祉事業法から社会福祉法となって、地域福祉の推進が社協の目的として明確にされました。行政が必要と認めた場合の措置を行う措置制度から、介護保険という制度が始まって権利・選択を行う契約制度となりました。これにより、従来の町の仕事以外に介護保険に参入しました。通所介護、訪問介護、居宅介護支援事業に参入しました。従来の町の委託と補助金によって賄ってきた事業を、初めて自分たちの稼ぎでおこなったのが2000年であります。

ここに書いてありますように、社協はどちらの方向を向いているのですか、社協は何を目的にしているのですかと言われたことがあります。そこで社協の基本理念を策定しようということで策定しました。さきほどありましたように、社協は相談を待っている訳ではありません。地域に直接介入するアウトリーチを実現しようということで、新しい計画の根幹となってきたということです。社協というのは知らない方が多いのです。何故なのかというと1つは歴史的な経過があります。これまで市の補助金でやっていました。市の仕事しかやっておらず、市の機関としてとらえられてきました。それから市と社協の福祉サービスはそれぞれどちらかということが分からない。ですので、あまり社協というのが出てきません。3つ目、社協の目的である地域福祉の推進は一体何なのだということです。では、この分からない社協をどうするかということで、地域課題を検証してみました。それで従来の業務以外に新しいことをやってみようということで、必要だということをやってきました。1つは地区社協の設置です。こまかい説明は佐野先生からありましたので、省略させていただきます。さらに、その準備をするCSWを配置する。そして、地域が希薄化しているということで地域のつどい・サロンを助成しようということで、サロン作りを行いました。現在、サロン団体は22団体あります。そのあと、3つ目に独居高齢者の問題です。本市の場合、今1700人位が独居です。毎年独居の方が100人以上増えています。独居の方の中で、男性が増えてきたということで独居高齢者を対象とした男性の料理教室を開催していま

す。また、キャラバンメイトの養成があります。長久手の人口から推定しまして約1500人の方が認知症であるといえます。それをサポートするサポーターを養成する先生を養成しようということです。それから今日皆さんに受けて頂いている見守りサポーターです。こちらは初級、中級、上級があります。本日は初級ですが、上級は目標として5年で約120名位養成しようということです。

これからの社協の働きというと難しいのですが、私としましては策定した基本理念に基づき進めて行きたいなと思います。まずは基本理念1なのですが「アウトリーチ」、これは地域介入ですね。直接地域の中に入りまして、制度の狭間、支援につながりにくい方がたくさんお見えです。そしてそれを解決するネットワークを作っていきたいと思います。基本理念2は「協働と連携」ですね。これはすなわち地域包括ケアです。他業種連携、そんなことでネットワークを作っていき連携をします。早期発見、早期対応を中心に考えて行きます。基本理念3は「専門的視野」です。社会福祉協議会の職員はほとんどが専門的な資格を持っています。ある意味専門職です。2025年問題がありますが、先を見据えたやり方つまり先駆的な考え方でやらないととても間に合いません。2025年に間に合うのではなくて、すでに決まっていないといけません。そういった先駆的な考え方で、住民と同じ目線で課題の解決に尽力していきます。基本理念4は当然のことながら「質の良いサービス提供」を追求するということです。様々な団体と意見交流をしながら少しでも進めて行きたいなと思います。基本理念5は「組織の見える化・透明性」です。社会福祉協議会は非常に分かりづらい。ですので、我々は職場内でも強固な組織を作っていく必要があります。外に対しても分かりやすい、そして効率の良い業務をしていきたい。この5つの基本理念でこれから事業を展開していきます。

そのための具体的な行動でありますけれども、基本であるアウトリーチを行います。特に地区社協があります。それからインフォーマルサービス。行政がやるのはフォーマルですので法律に基づかない、いわゆる生活にあったサービスを開発していきます。それから最後に見守り支援、サロン活動など地域へのつながりの再構築を行っていきたいと思います。サロンは現在22団体程度であります。200団体位を作っていきたい。最後に、目指すところは地域福祉の推進、地域の中で生き生きとして普通に暮らすことができ、幸せを実感できる社会の実現を目指します。以上です、ありがとうございました。

※この後、長久手市社会福祉協議会地域福祉係長より重点事業の1つである「見守りサポーター ながくて（初級）」の養成講座を実施し、終了後認定証とリストバンドを受講生に配布しました。